Gomes, A. B.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 30 de Outubro de 1906

PARA SER

PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA
PELO DOUTORANDO

Antonio Barbosa Gomes

Natural d'este Estado (Cidade do Caetité)

Ex-interno effectivo do Hospital Santa Izable, ex-socio do Gremio dos Internos dos Hospitaes da Bahia e da Revista do mesmo Gremio, commissionado pelo Governo do Estado para tratar das febres de mão caracter desenvolvidas por occasião das grandes inundações do rio S. Francisco.

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Os estreitamentos da uretra e suas complições mais habituaes

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA

Typ. e Encadernação do Lyceu de Artes e Officios

Dirigida por PRUDENCIO DE CARVALHO

1906

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO
VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

Lentes

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
A. Carneiro de Campos.	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas.	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira. . . .	Histologia
Augusto C. Vianna.	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello. . . .	Anatomia e Physiologia pathologicas
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho. .	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Josino Correia Cotias.	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca.	Hygiene.
	5.ª SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral . .	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior .	Operaçõese apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia .	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna.	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho. . .	Clinica medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira.	Clinica medica 2.a cadeira
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea . .	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão . . .	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos.	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira . .	Clinicaobstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira. . .	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira .	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
J. Tillemont Fontes	Clinica psychiatrical e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira . . .	Em disponibilida
Sebastião Cardoso	Em disponibilida

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho (interino) . .	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão . . .	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3. »
Alfredo de Andrade (int.)	4.a
Antonino Baptista dos Anjos (interino) .	5.a
João Americo Garcez Fróes.	6.a »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans.	7.a »
J. Adeodato de Sousa	8.a
Alfredo Ferreira de Magalhães . . .	9.a »
Clodoaldo de Andrade.	10. »
Albino A. da Silva Leitão (interino). .	11. »
Luiz Pinto de Carvalho	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Os estreitamentos da uretra

E SUAS

COMPLICAÇÕES MAIS HABITUAES

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Os estreitamentos da uretra

E SUAS

COMPLICAÇÕES MAIS HABITUAES

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Os estreitamentos da uretra

E SUAS

COMPLICAÇÕES MAIS HABITUAES

CAPITULO I

Os estreitamentos da uretra e suas complicações mais habituaes

Os estreitamentos da uretra, na sua maioria, são causados pelas uretrites, e se caracterisam principalmente no começo por perturbações da micção.

Estas perturbações a principio consistem na diminuição progressiva do jacto da urina e a este respeito, observam-se numerosas variedades segundo o gráo do estreitamento, desde a diminuição apenas apreciavel até a micção, gotta a gotta.

Nestas condições o jacto da urina, em lugar de ser projectado a distancia, cahe verticalmente quando o estreitado está em pé. Estes phenomenos, porém, não se produzem rapidamente e sim no fim de alguns mezes ou mesmo annos, tempo este que é muito variavel.

O doente gasta um tempo consideravel para esvasiar sua bexiga e quando julga ter acabado, sente correr algumas gottas de urina que vão manchar suas vestes. A micção é, na maior parte das vezes, mais frequente do que no estado normal, a necessidade se faz sentir de duas em duas horas, depois de hora em hora e as vezes com intervallos mais approximados tanto de dia quanto de noite. Outras vezes, porém, esta necessidade não é tão imperiosa, e o doente póde esperar um certo tempo antes de satisfazel-a, sem que a urina se escorra.

A urina accumulada atraz do obstaculo escorre-se para fóra no intervallo das micções, e por menos frequentes que sejam, o doente parece estar attingido de incontinencia, mas não é uma verdadeira incontinencia, desde quando o collo funcciona bem e fecha o reservatorio. A ejaculação se faz mal: o esperma não se escorre pelo meato no momento do espasmo venereo, mas este liquido sahe depois sem força e lentamente.

As dores são raras, salvo os casos em que já existem complicações e que nos occuparemos mais adeante. Assim, pois: diminuição do volume do jacto da urina, deformação deste jacto em sua sahida do canal, frequencia da necessidade de urinar, duração maior da micção, taes são os principaes symptomas que apresentam os doentes portadores de estreitamentos que ainda não chegaram ao periodo das complicações.

Deante desta symptomatologia, resta ao medico saber se o estreitamento é traumatico ou inflammatorio, e para isto um interrogatorio bem dirigido, acompanhado de um exame minucioso é o bastante.

Mas, além do estreitamento da uretra, affecções outras existem, e cuja symptomatologia é identica a do estreitamento, e entre outras citaremos o espasmo da porção membranosa impropriamente chamado estreitamento espamodico, affecção transitoria e que é ainda o interrogatorio que vem encaminhar o medico.

Quando, pois, um doente vem consultar ao medico sobre uma affecção da uretra, é dever deste ultimo firmar com segurança o seu diagnostico, porque depende delle o bom exito da operação.

Admittida a hypothese de ser o doente portador de um estreitamento, cumpre ao medico saber o limite do

mesmo, o calibre, a extensão e o numero. O limite é despertado pela sonda, porque, na grande maioria dos casos, esta esbarra ao nivel do collo do bòlbo.

E' neste ponto que está situado a maior parte dos estreitamentos. Retira-se então a sonda e mede-se a porção que foi introduzida no canal, nota-se logo que a parte estreitada se acha a onze, doze, treze, quinze centimetros do meato urinario, segundo o comprimento da porção peniana, variavel de um individuo a outro. Toma-se então uma vela e ensaia-se successivamente muitos numeros até encontrar-se um que franqueie o obstaculo. Se não se consegue, é que o estreitamento é muito serrado ou filiforme e tem-se então a confirmação com o ensaio das velas ordinarias cada vez mais finas.

Esta exploração é sem duvita muido interessante, mais não offerece entretanto grande utilidade pratica.

Pela duração da passagem da vela no estreitamento, pela resistencia que ella prova, tem-se o bastante para diagnosticar-se o limite, o calibre, e a extensão do estreitamento.

O estreitamento pode occupar a porção peniana e outras vezes existirem dois, sendo um na porção peniana e outro no bôlbo, mas, nestes casos, geralmente o principal é o do bòlbo.

Finalmente, com o estreitamento classico ao nivel da porção bòlbar, se encontram muitas vezes na porção peniana uma serie de pequenos estreitamentos, cuja pathogenia é difficil de comprehender-se, e que Voillemier attribuia maliciosamente ao uso do instrumento de Maisonneuve.

Os estreitamentos abandonados differem segundo a origem é traumatica ou inflammatoria.

O primeiro desenvolve-se muito mais rapidamente que

o segundo, e chega a um grão tal, que torna-se infranqueavel ás mais finas velas sendo sua gravidade muito mais consideravel que a do segundo, mas, pode-se dizer de uma maneira geral que um estreitamento da uretra, qualquer que seja a origem, apresenta uma marcha continua e acaba por obliterar quasi completamente a uretra.

Para chegar a este ultimo resultado, o estreitamento inflammatorio demora por vezes um tempo muito longo, porque não se manifesta em certos casos, senão vinte annos depois da uretrite inicial.

As mais numerosas variedades individuaes observam-se a este respeito, bem como os signaes racionaes estão longe de apresentar a mesma intensidade.

Não é raro ver-se individuos attingidos de estreitamentos filiformes, apresentarem accidentes menores do que outros, cujo canal ainda mede tres a quatro millimetros.

Os individuos estreitados, na grande maioria dos casos, queixam-se de retenção de urina. Não é que a affecção obture completamente o canal; o facto, em rigor possivel nos estreitamentos traumaticos, é pouco observado nos inflammatorios.

O que se dá é o seguinte: uma pequena abertura persiste sempre e deixa passar a urina gotta a gotta, porém o menor movimento congestivo determina nestas condições uma occlusão momentanea e uma retenção de urina.

O estreitamento da uretra consiste a principio em uma esclerose da tunica mucosa da uretra, que não se traduz por nenhum signal apreciavel ao tocar. Mais tarde, porém, a inflammação chega ao tecido peri-uretral e resulta dahi a producção de uma sorte de callo mais ou menos inextensivel, e muito apreciavel atravez das partes molles quando o ponto alterado é accessivel.

A pressão que exerce a urina sobre esta parte estreitada, faz com que as paredes da uretra se destendam pouco a pouco para traz do obstaculo, e constituam uma sorte de diverticulo, no qual se accumula o liquido, donde a variedade de incontinencia que vimos mais acima.

O Tillaux cita um caso de um individuo que cahio do cavallo escanchado sobre uma barreira e no qual via-se, no momento das micções, o canal se estender atraz do obstaculo, adquirir um volume regular, e a urina se escorrer depois gotta a gotta, causando dores atrozes ao doente.

Os accidentes determinados por um estreitamento da uretra podem ficar locaes durante um grande numero de annos, mas, depois de certo tempo mais ou menos longo e variavel segundo os individuos, sobrevêm perturbações graves que alteram a saude e terminam sempre pela morte quando o doente não recorre ao medico.

E' assim que ao nivel do estreitamento observam-se abcessos urinarios, tumores e fistulas urinarias, infiltrações de urina, accidentes estes que necessitam de um tratamento especial e que nos occuparemos detalhadamente mais adeante.

Para o lado da bexiga as consequencias não se fazem demorar sobrevindo cystites as mais rebeldes.

O apparelho renal tambem é invadido por sua vez e a vida do doente corre sérios perigos, se um tratamento bem dirigido não é feito. O doente morre apresentando o cortejo symptomatico da uremia.

Do que fica dito, conclue-se a importancia que deve-se ligar aos estreitamentos da uretra, principalmente debaixo do ponto de vista do tratamento que ora vamos encetar.

O tratamento dos estreitamentos da uretra consiste em uma e unica indicação: a dilatação.

A dilatação tem por fim não só restituir ao canal um calibre sufficiente para a expulsão da urina, bem como dar-lhe um diametro de oito millimetros, que é o julgado normal.

Para que um canal seja declarado normal, deve receber facilmente uma vela desta dimensão.

Os meios destinados a esta dilatação, têm por base o emprego de sondas cada vez mais volumosas. Algumas vezes se recorre à inicisão, á divulsão e à destruição chimica da parte estreitada, porém estas operações não devem ser encaradas como methodos de tratamento radical, e sim como adjuvantes da dilatação.

Na pratica encontram-se casos faceis, casos difficeis e casos excepcionaes.

Vejamos como devem ser tratados cada um delles.

Os casos faceis são aquelles em que os callos se deixam estender sem resistencia, no momento em que se introduz uma sonda. Não é necessario que doentes desta categoria guardem o leito nem mesmo o quarto; elles podem executar seus trabalhos habituaes, devendo, no entretanto, conservarem um repouso relativo.

Nestes casos as sondas de Guyon prestam relevantes serviços ao medico. Estas sondas são em numero de vinte e numeradas desde o numero vinte e quatro até quarenta e quatro e a regra é passar-se duas por dia, tendo-se cuidado de adaptar-se um conductor na extremidade das mesmas. Quando se consegue passar a sonda quarenta e quatro, o doente acha-se completamente curado, mas, não obstante isto, aconselha-se de vez em quando novas dilatações.

Os casos difficeis são aquelles em que o estreitamento é muito estreito, intolerante e duro. Estes casos offerecem uma resistencia considerevel á dilatação e reclamam uma paciencia extrema da parte do medico.

Os individuos attingidos desta variedade de estreitamento, devem ser tratados no leito e não mais como aquelles que vimos anteriormente. Nestes casos a passagem da primeira vela é mais uma obra de paciencia e ás vezes gastam-se horas inteiras sem o menor resultado. Mas, admittida a hypothese do ter-se passado a vela, tenta-se fazer a dilatação e, se de maneira alguma se conseguir, recorre-se então á uretrotomia.

Os casos excepcionaes são aquelles em que o estreitamento é disposto de tal maneira, que as tentativas mais habeis, prolongadas e variaveis, não permittem a introducção de uma vela por mais fina que seja. Nestes casos então a unica indicação é o catheterismo retrogrado.

A uretrotomia é uma operação que tem por fim cortar o canal, seja de dentro para fóra, da mucosa para a pelle, é a uretrotomia interna: seja de fóra para dentro, da pelle para a mucosa, é a uretrotomia externa. A uretrotomia interna é applicavel todas as vezes que é possivel introduzir-se um conductor na bexiga, e nos casos contrarios, isto é, quando o estreitamento é infranqueavel, recorre-se então a uretrotomia externa.

Vejamos agora as indicações da uretrotomia interna.

Estas indicações são muito simples e resumem-se no seguinte:

Todas as vezes que o canal da uretra não funcciona regularmente e que pela simples dilatação não se pode restituir seu calibre normal, a uretrotomia interna é indicada. As duas causas principaes que se oppõem á dilatação, são, a resistencia do canal e sua susceptibilidade.

Certos individuos apresentam sôbre este ponto de vista tamanha sensibilidade, que a passagem de uma sonda determina nelles a dòr e muitas vezes accessos febris.

Na opinião de muitos medicos isto consiste uma contra-indicação da operação, porém, nós pensamos contrariamente e achamos que uma vez o canal incisado e com uma sonda de permanencia que vá até á bexiga a febre desapparece e a operação que parecia grave torna-se a mais benigna possivel.

A uretrotomia interna é uma das operações mais faceis e geralmente mais praticada entre nós, bem como, é talvez a operação que offerece resultados mais certos e brilhantes. O seu apparelho instrumental é tambem muito simples e consta do uretrotomo, vela conductora e lamina.

A technica é a seguinte: introduz-se a vela conductora untada em vaselina, depois adapta-se-lhe o uretrotomo e em ultimo logar faz-se passar a lamina até a sua penetração na bexiga. Depois retira-se tudo isto e colloca-se uma sonda de borracha que deve permanecer na uretra durante vinte e quatro horas, findas as quaes tambem é retirada. Depois disto deixa-se o doente descançar durante cinco ou seis dias, e no fim deste tempo, pode-se então começar a fazer as dilatações com as sondas de Guyon.

Vistos assim de uma maneira rapida os casos em que são indicados a uretrotomia interna, vejamos agora aquelles em que ella não é indicada e sim a uretrotomia externa.

Todas vezes que tentar-se passar uma vela conductora atravez de um estreitamento e de maneira alguma se conseguir, a indicação da uretrotomia externa se impõe.

Esta operação é algumas vezes muito simples, mas, pode tambem apresentar sérias difficuldades.

Supponhamos, por exemplo, o caso seguinte, que foi citado mais atraz pelo Tillaux: quéda sobre o perinèo, despedaçamento da uretra e producção ulterior de um estreitamento cicatricial que não permitte a introducção de uma

vela conductora. A parte estreitada é pouco extensa e tem a fórma de um annel cicatricial apreciavel ao tocar, e para traz deste annel, vê-se o canal se distender pela pressão da urina.

Nestes casos a operação é pois muito simples, porque toda a difficuldade consiste em achar-se a extremidade posterior da uretra. Depois de ter-se introduzido uma sonda na extremidade anterior até o estreitamento, secciona-se todas as partes molles até chegar-se ao annel cicatricial, que tambem é seccionado. A extremidade posterior acha-se tambem aberta, e nada é mais facil do que passar-se a sonda e deixal-a de permanencia até que a uretra se reconstitúa. Nestes casos é até melhor fazer-se a resecção do callo e praticar-se depois a uretrorraphia. Mas, se algumas vezes o medico encontra casos faceis como o que acabamos de ver, não segue-se que na maioria das vezes isto se dê, o que acontece quasi sempre.

Outras vezes o canal acha-se geralmente no meio dos tecidos endurecidos, atravessados por fistulas multiplas e nestes casos, o encontro da extremidade posterior da uretra é muito difficil. E' algumas vezes no fim de muitas horas que se consegue encontral-o e isto feito, todas as outras manobras da operação já nos são muito conhecidas.

Vejamos agora os casos em que todas as tentativas foram baldadas e que a extremidade posterior da uretra se esconde de tal maneira, que é impossivel se encontrar.

Nestes casos um unico recurso resta-nos para reconstituirmos a uretra, é o catheterismo retrogrado.

Dá-se este nome a uma operação que tem por fim conduzir a sonda de dentro da bexiga para o perineo. A sua technica é a seguinte.

Introduz-se uma sonda na extremidade anterior até o ponto estreitado, corta-se o perineo sobre a linha média até a uretra e faz-se sahir a sonda pela ferida. Abre-se depois a bexiga acima do pubis, seguindo-se as regras aconselhadas na operação da talha hypogastrica.

A bexiga estando aberta, vai-se com o dedo a procura do collo, que se acha um pouco abaixo da symphise pubiana. Separando-se os labios da ferida vesical, vê-se o orificio do collo logo abaixo e é por elle que se introduz a sonda.

Depois disto tudo feito, sutura-se a bexiga, deixa-se uma sonda de permanencia na uretra e espera-se que a cicatrisação se dê e quando esta ultima está terminada, a uretra acha-se completamente reconstituida.

Temos com as indicações do catheterismo retrogrado e das uretrotomias concluido a primeira parte do nosso trabalho e entremos agora no estudo da segunda parte, isto é, suas complicações mais habituaes, a começarmos pelos tumores e abcessos urinarios, que reuniremos em um só capitulo.

CAPITULO II

Tumores e abcessos urinarios

Os tumores urinarios, tambem chamados corpos fibrosos do perineo, são encontrados sobre o trajecto da uretra e quasi que exclusivamente ao nivel do perineo. Elles são de um volume variavel, podendo occupar todo o espaço comprehendido entre os dois ramos ischio-pubianos e se caracterisam pelo seguinte: sua situação sobre a linha média, sua dureza quasi petrea, sua immobilidade e sua adherencia as paredes da uretra.

Estes tumores se desenvolvem lentamente e são indolentes, experimentando o doente no fim de certo tempo perturbações da micção que são ligadas á compressão da uretra.

Examinando-se com cuidado um doente que se apresenta nestas condições, chega-se logo ao conhecimento da sua lesão principal que é o estreitamento. Quanto ao diagnostico, elle torna-se as vezes muito difficil em virtude da semelhança destes tumores com os chondromas da bacia.

Quanto ao modo pelo qual estes tumores se originam e evoluem, as opiniões são muito divergentes. Dizem uns que a urina se infiltrando atravez dos tecidos periuretraes produz uma inflammação não suppurativa.

Outros explicam o facto da seguinte maneira: a inflammação, limitada a principio á mucosa, se propaga pouco a pouco as partes visinhas e produz estas massas duras

semelhantes a áquellas que se notam em redor do utero de tempos em tempos.

Outros ainda, divergindo completamente dos primeiros, não admittem estas explicações e citam em seu auxilio que a urina não pode se infiltrar sem produzir suppuração. O que parece porém provar que estes tumores não estão em communicação com o canal da uretra, é o tratamento. Desde que o estreitamento persiste e juntamente com elle a inflammação retro-uretral que é a causa destes tumores, elles não desapparecem nem ao menos diminuem.

Vê-se, porém, pela dilatação simples ou precedida de uretrotomia, com restituição do calibre normal do canal e restabelecimento da funcção normal da micção, estes tumores desapparecerem e nem ao menos deixarem vestigios de sua passagem.

O verdadeiro tratamento do tumor urinario é, pois, de alguma sorte indirecto, e consiste na suppressão da causa, isto é, do estreitamento.

Os abcessos urinarios, porém, muito mais frequentes do que os tumores, são egualmente mais graves e apresentam um conjuncto de symptomas que differem completamente dos outros abcessos observados nas outras regiões. Estes abcessos têm um ponto de predilecção, quasi sempre entre a raiz das bolsas e o anus.

Da mesma maneira que os tumores, elles resultam de uma inflammação que attinge o tecido periuretral começando pela mucosa e quando estão abertos, dão livre passagem á urina. Mas este liquido infiltrando-se atravez da uretra, determina estes abcessos, ou elles communicam com o canal depois de formados?

Com quanto esta questão tenha sido muito discutida, não se sabe ao certo o modo pelo qual isto se dá. Entre-

tanto o professor Denonvilliers aconselha e insiste muito pela abertura delles antes mesmo de se perceber a fluctuação, è diz que muitas vezes abrio estes abcessos em começo de formação e nunca vio a urina se escorrer pelos mesmos, o que só acontecia muitos dias depois da operação.

Em todo caso estas questões não têm utilidade pratica nenhuma; o que não resta duvida porém, é que estas alterações dependem sempre do estreitamento e sobre este ponto o accordo é commum.

Vimos a principio que estes abcessos occupavam a região do bòlbo e sobre este ponto de vista podiam ser confundidos com uma inflammação da glandula de Mery (cowperite), mas a distincção é facil em virtude de ser esta ultima quasi sempre lateral, emquanto o abcesso é mediano.

Distingue-se tambem os abcessos urinarios dos abcessos ischio-rectaes pelo seu cerco. Este ultimo é sempre situado para traz da linha bi-ischiatica, ao paço que o primeiro, isto é, o abcesso urinario é situado para deante.

Excepcionalmente o abcesso urinario desenvolve-se para cima, do lado da cavidade de Retzius, e dá origem a uma variedade de phlegmão da parede abdominal.

O que é preciso ter-se em mente é que estes abcessos, mesmo quando contém em seu interior uma certa quantidade de pús, conservam-se muito duros e parecem fazer corpo com as partes molles que o cercam.

E' somente em um periodo muito adeantado da molestia que se percebe a fluctuação e nestes casos não se deve esperar que ella appareça e sim dar-se logo sahida ao pús.

Sobre um individuo pois que apresenta no fim de muitos annos signaes de estreitamento da uretra e que apparece com tumefacção no perineo, acompanhada de dôres atrozes e febre, deve-se pensar sempre no abcesso urinario. A tu-

mefacção augmenta, adquire uma dureza extrema, mas não apresenta limites accusados.

Examinando-se o perineo, sente-se uma massa mediana, dura, immovel, muitas vezes estendida de um ramo ischio-pubiano a outro. A micção torna-se cada vez mais difficil podendo sobrevir a retenção de urina. Entretanto o tumor acaba por se amollecer e sobrevém então a fluctuação.

Firmado, pois, o diagnostico de abcesso urinario, antes mesmo da fluctuação ter se manifestado, cumpre ao medico apressar o mais breve possivel o seu tratamento que consiste no seguinte. Colloca-se o doente na posição da talha, pratica-se sobre a linha média, sobre o raphe, uma incisão vertical de dois a tres centimetros e vae se abrindo de camada por camada até chegar-se ao fóco. Uma vez isto feito, evacua-se todo o pús, se já existe, faz-se diversas lavagens antisepticas com uma solução borica e trata-se depois da ferida, reservando-se para em ultimo logar a uretrotomia que é para se evitar a reproducção.

Visto, pois, em rapidos traços o que ha de mais essencial e importante sobre os tumores e abcessos urinarios, passemos agora ao estudo de outro capitulo não menos importante.

CAPITULO III

Retenção e incontinencia de urina

A retenção de urina é de todas as complicações do estreitamento a mais commum e aquella cujo diagnostico se impõe. Entretanto o medico deve estar prevenido com enganos possiveis, enganos estes que tornam-se ás vezes muito prejudiciaes. Um doente póde não ter urinado uma só gotta sem soffrer de retenção; e póde tambem ter urinado uma quantidade notavel com retenção.

Vejamos, pois, o que se dá no primeiro caso.

Ha doentes que queixam-se constantemente ao medico de falta de urina, signal este que muito os tem preoccupado. Este ultimo pensa logo na possibilidade de uma retenção e procura verificar seu diagnostico, pratica o catheterismo da bexiga, mas este sem o menor resultado, recorre ás lavagens, porém estas por sua vez falham e da mesma maneira que o liquido penetrou na bexiga, desta mesma elle sahe.

Nestes casos, pois, o doente não soffre de uma retenção e sim de anuria, molestia esta muito mais grave que a primeira, e não falta muito para que a uremia se declare com todo o seu cortejo symptomatico e o doente morra.

No segundo caso o doente queixa-se de uma retenção, mas esta em breve é seguida da sahida involuntaria da

urina, de tal sorte que o doente tem constantemente o leito e as vestes molhadas.

Nestes casos é muito possivel ou mesmo provavel que o doente urine por plenitude da bexiga (regorgitamento) e que estes phenomenos se achem ligados a uma retenção.

Vejamos, pois, como se dão estas falsas incontinencias, reconhecendo por causa um regorgitamento.

Supponhamos que no corpo ou mesmo no collo da bexiga exista uma lesão determinando uma retenção.

A bexiga distende-se rapidamente e suas paredes attingem seu limite maximo de extensibilidade. A urina, chegando de uma maneira incessante no interior da bexiga e não podendo refluir para seu ponto de partida, faz esforços contra suas paredes e chega a um momento em que estas se romperiam fatalmente se o collo, que é a parte mais fraca, não cedesse, determinando assim a expulsão do liquido.

A retenção da urina é caracterisada pela falta da expulsão da mesma e pela existencia de um tumor que occupa a região hypogastrica. E' no exame deste tumor que se deve ter muito cuidado. Nos individuos que têm a parede abdominal muito delgada, o tumor fórma um relevo bastante visivel, porém naquelles que têm a parede abdominal expessa, elle torna-se mais difficil de ser percebido e é a percussão que vem despertal-o. A bexiga faz saliencia tanto mais consideravel, quanto a ampola rectal está mais cheia de materias fecaes e quando o recto está vasio o orgão vae se collocar em parte na pequena bacia. O tumor é exactamente mediano e sob este ponto de vista pode-se confundil-o com affecções outras, e entre ellas o utero gravido, os fibromas uterinos e muitas outras cujos diagnosticos differenciaes não tratamos, em virtude de não divergirmos do nosso ponto.

Na retenção de urina nunca se desenvolvem phenomenos inflammatorios locaes, seja qual fôr o volume attingido pela bexiga, e este é variavel podendo attingir muitas vezes o umbigo e outras vezes toda a cavidade abdominal, até o diaphragma.

Os phenomenos geraes determinados pela retenção de urina são muito variaveis. Certos individuos apresentam dôres atrozes no ventre, uma agitação extrema e principalmente quando a causa é uretral; outros, porém, não se lastimam e não apresentam nenhuma reacção geral, e é por acaso que se acha o tumor formado pela bexiga, e estes casos são mais desconhecidos que os primeiros, principalmente se os doentes urinam por plenitude da bexiga (regorgitamento).

Observa-se esta segunda fórma na retenção de origem vesical.

Desde que o doente está attingido de uma retenção de urina, cumpre ao medico procurar a causa e applicar o tratamento indicado, isto é, o catheterismo.

A retenção de urina póde ser ligada a uma obstrucção do canal excretor, e nestes casos ella é puramente mecanica; bem como pode ser ligada a uma insufficiencia do musculo vesical e da parede abdominal e é então de ordem dynamica. Esta divisão é simplesmente clinica.

Tratemos agora da retenção de urina de origem vesical, reconhecendo por causa uma paralysia da bexiga, antes, porém, de o fazermos, convém dizer que existem paralysias essenciaes cujas causas não podem ser reconhecidas. E' este genero de paralysias que se observa em certos velhos cujo musculo vesical já perdeu todo o poder de contracção, bem como em muitos doentes que soffrem de catarrho da bexiga.

Não trataremos aqui das paralysias de ordem puramente medicas, isto é, aquellas que se manifestam durante o curso de certas febres graves, bem como as que se observam durante certas affecções do systema nervoso.

As fracturas da columna vertebral com lesão da medulla espinhal, dão egualmente origem a paralysias seguidas de incontinencias.

Nos é mais interessante, porém, conhecermos a influencia que exerce a distancia, sobre a contractilidade da bexiga, os traumatismos da bacia e as operações que se praticam nesta região.

E' muito commum ver-se uma retenção de urina se succeder a um choque sobre a bacia, a uma contusão simples, a uma luxação da coxa, etc., bem como a uma operação feita em sua visinhança, por exemplo, a de uma fistula anal, sem que no entretanto a bexiga tenha soffrido a menor lesão.

Certas inflammações produzem o mesmo effeito: assim, por exemplo, a retenção de urina é uma complicação commum do phlegmão da cavidade ischio-rectal, o que póde mesmo enganar o medico sobre a natureza da affecção principal.

O diagnostico de uma paralysia essencial da bexiga só se póde fazer por exclusão, depois de ter-se passado uma revista e eliminado as diversas causas que podem lhe dar origem.

A indicação que se impõe deante de um individuo attingido de uma retenção de urina é a de esvasiar-se sua bexiga por meio do catheterismo. Alguns medicos praticam esta operação de preferencia com as sondas metalicas, outros, porém, acham que ella deve ser praticada com as sondas

de borracha e nós abraçamos a opinião de ambos e achamos que a questão é apenas de circumstancia.

Outra questão tambem muito discutida pelos medicos é a seguinte: deve-se deixar sonda de permanencia nos individuos portadores de retenção de urina?

De uma maneira geral achamos que não.

A estada da sonda de permanencia torna-se ás vezes muito dolorosa e determina uretrites, cistites, etc., e além disto necessita a demora do doente no leito.

Quando a bexiga está vasia, pratica-se uma lavagem com uma solução de acido borico quente, afim de activar-se as contracções do musculo vesical, e se com isto as funcções não reapparecem, recorre-se então á electrisação, applicando-se um pólo no perineo e o outro na parede abdominal. Esta paralysia póde ser temporanea, assim como póde durar toda a vida e nestes casos é necessario que o doente aprenda por si mesmo a passar sua sonda.

Se, por uma razão qualquer, o catheterismo é impossivel, é necessario recorrer-se á puncção da bexiga acima do pubis, principalmente se o doente urina por plenitude da bexiga (regorgitamento), porque a ruptura da bexiga é possivel. Entretanto como a puncção da bexiga é actualmente uma operação inoffensiva, não se deve da primeira vez praticaI-a sem ter-se préviamente recorrido a todas as tentativas do catheterismo.

Não existe regra alguma especial para praticar-se a puncção da bexiga com o aspirador de Dieulafoy; a unica precaução a tomar-se é a de não se interessar o peritoneo, e para isto basta o operador lembrar-se que quando a bexiga está distendida, o fundo de sacco do peritoneo se acha situado a cinco centimetros acima do pubis; é, pois, neste ponto que se deve introduzir o trocart.

Ao lado da retenção de urina figura um accidente opposto, isto é, a incontinencia.

Este phenomeno, como seu nome indica, consiste na impossibilidade que têm certos doentes de reter a urina na bexiga. Mas, ao lado da incontinencia existe uma molestia que consiste em vontades frequentes de se urinar que resultam de um processo todo opposto ao primeiro, e que são devidas unica e exclusivamente a um excesso de contracções da bexiga e que não deve ser confundida com a incontinencia.

No estado normal ha um equilibrio entre a replecção da bexiga e a resistencia do collo. Sob a influencia da vontade, este ultimo se abre desde que a necessidade de urinar se faz sentir e deixa passar a urina. Logo que o acto está acabado, o collo fecha-se e tapa completamente o reservatorio, mas quando, por uma causa qualquer, elle fica aberto, a urina não póde mais se accumular na bexiga e se escorre á medida que vae se produzindo.

Tal é a verdadeira incontinencia; ella resulta, por conseguinte, de uma falta de acção do collo da bexiga, o qual se acha attingido de paralysia ou embaraçado em suas funcções pela interposição de um corpo estranho ou calculo por exemplo.

Póde-se observar muitas vezes, uma incontinencia essencial, transitoria, sem lesão apparente, apparecendo de preferencia nas creanças, sobretudo nas que são debilitadas e se manifestando principalmente durante a noite.

A incontinencia symptomatica, pelo contrario, se produz mais durante o dia do que a noite.

Nas creanças attingidas de incontinencia nocturna, o collo perde a tonicidade necessaria e o somno exagera esta falta, desde que a vontade é impotente para intervir.

Toda vez, pois, que se está deante de um caso de incontinencia de urina, resta saber se ella é verdadeira ou falsa.

No primeiro caso, resta determinar se ella é symptomatica ou essencial e emfim se ella resulta de uma falta de tonicidade do collo ou de uma interposição, entre os labios deste orificio, de um corpo estranho que o mantém mecanicamente aberto.

Contra a incontinencia symptomatica de uma lesão do systema nervoso, o unico recurso que tem o medico, é lançar mão dos diversos apparelhos de caoutchouc destinados a receber a urina.

A incontinencia mecanica só desapparece depois que cessa a causa que está produzindo-a.

A incontinencia nocturna das creanças ou dos adolescentes exige sobretudo um tratamento geral tonico. Recorre-se tambem ás duchas frias e aos banhos de mar.

A electricidade ás vezes desperta a tonicidade do collo, e principalmente sob a fórma de correntes continuas.

Tambem são muito aconselhadas as preparações belladonadas, porém muitas vezes falham todos estes meios e é só com a acção do tempo que estas affecções se curam.

CAPITULO IV

INFILTRAÇÃO DE URINA

Esta affecção é constituida pela sahida da urina da bexiga ou uretra, quasi sempre motivada por uma ruptura e na sua deposição atravez das malhas do tecido cellular sub-cutaneo.

Neste capitulo só trataremos exclusivamente das infiltrações tendo por ponto de partida uma lesão da uretra; e não d'aquellas reconhecendo por causa uma lesão da bexiga, o que seria divergirmos do nosso ponto.

Todas as vezes que a urina se infiltra atravez dos tecidos e se põe em contacto com elles, determina a sua destruição e em consequencia d'isto a producção de um phlegmão gangrenoso. Eis pois o phenomeno mais geral resultante da infiltração urinaria.

E' preciso tambem não confundir-se o simples contacto da urina com uma ferida, e sua diffusão no tecido cellular.

E' por isto que certos cirurgiões praticam, com successo, a uretrotomia interna sem deixarem sonda de permanencia e a urina passa pela ferida sem franqueiar os limites. Outras vezes em certas operações de talha tanto hypogastrica quanto perineal, a urina sahe pelas feridas sem no entretanto provocar accidentes.

O ponto importante d'esta questão é pois que o liquido passe livremente e não seja retido na ferida. Ditas estas palavras vejamos agora a symptomatologia do phlegmão gangrenoso consecutivo a uma infiltração urinaria.

A pelle, a principio vermelha, torna-se negra e depois se esphacela; uma quantidade consideravel de pús se escorre arrastando comsigo fragmentos de tecido cellular gangrenado.

Ao lado d'estes symptomas locaes, apparecem symptomas geraes com uma gravidade tal, que a morte é certa se não se intervem com o tratamento apropriado.

A marcha da infiltração urinaria bem como os signaes que ella occasiona, só podem ser bem comprehendidos tendo-se em mente as disposições anatomicas da região perineal.

O perineo debaixo do ponto de vista da infiltração de urina, apresenta duas regiões distinctas e separadas uma da outra pela aponevrose media: uma anterior ou peno-escrotal, a outra posterior ou prostato-rectal. Os signaes apresentados pela infiltração variam segundo ella se dá em uma ou outra. Na primeira acha-se o bòlbo da uretra e na segunda a prostata.

Ou as infiltrações reconhecem por causa uma ruptura do canal que se produz expontaneamente devido a pressão da urina sobre uma parte alterada e pouco resistente, ou bem ellas são devidas a falsos caminhos seguidos pela urina. Vimos no começo do nosso trabalho que o ponto de eleição dos estreitamentos era na região do bòlbo da uretra e que o lugar habitual dos falsos caminhos era tambem o fundo do sacco do bòlbo, porém observa-se tambem muito mais raramente, falsos caminhos ao nivel da prostata nos individuos que soffrem de hypertrophia do lobulo medio, por isto resulta que a infiltração é mais frequente na região anterior do que na posterior.

A infiltração na loja anterior dá lugar a phenomenos que se passam para fóra e por conseguinte, muito sensiveis; ao

passo que a infiltração na loja posterior provoca accidentes que são pouco visiveis e portanto muito insidiosos. Vejamos o caso mais commum.

A urina sahe da uretra ao nivel do bòlbo e se espalha na loja peniana, é pois o penis que se tumefaz desde o começo.

A aponevrose superficial do perineo offerece uma resistencia tão fraca que o liquido invade as diversas camadas do escroto.

N'este ponto pode-se limitar os estragos se se intervem rapidamente, mas não se tratando vê-se em breve a vermelhidão attingir a dobra da virilha, a região pubianna, subir para o umbigo e mesmo invadir a parede thoracica até as axillas, se o doente não morre antes, ou se placas gangrenosas da pelle não dão sahida a urina por sua eliminação. Para se comprehender esta emigração da urina para fora da loja pubianna, basta lembrar-se que ao nivel da face dorsal do penis, no ponto em que se insere o ligamento suspensor, a loja é incompleta. Ou é por este ponto que passa a urina ou então é pela camada sub-cutanea do escroto.

Um doente attingido d'esta variedade de infiltração apresenta os seguintes signaes: o penis é enorme e muito vermelho notando-se em certos pontos placas anegradas, os escrotos tambem apresentam o triplo do volume normal e tambem placas de gangrena, a pelle da virilha apresenta uma cor vermelha escura que se estende até as visinhanças do umbigo, ao nivel do pubis estes signaes são menos visiveis em virtude dos pellos que cobrem esta região.

O quadro é bem differente se a infiltração occupa a loja

posterior. Os phenomenos se passam na pequena bacia e na região da cavidade ischio-rectal.

A urina infiltrada na loja prostatica, passa rapidamente além d'esta loja, mal fechada sobretudo para traz pela aponevrose prostato-perineal, d'ahi o liquido filtra sobre os lados do recto, ganha para cima o tecido cellular da bacia e desce no espaço ischio-rectal, nas margens do anus.

N'este periodo já uma grande parte da bacia está infiltrada, os signaes exteriores se revelam porém assim mesmo com pouca intensidade. Resulta pois que n'esta forma de infiltração, são os phenomenos geraes que despertam a attenção do medico, e os phenomenos locaes só apparecem quando as desordens são taes que a morte é imminente. A segunda variedade de infiltração é caracterisada por uma tumefacção consideravel de toda a parte do perineo situada atraz da linha bi-ischiatica, isto é, a região anal. A pelle que cobre as dobras do anus fica muito vermelha e cheia de placas gangrenosas. E' muito difficil sem o auxilio da anaminese, reconhecer-se se trata-se de um phlegmão da fossa ischio-rectal simples ou de uma infiltração, tanto mais quanto os doentes são attingidos de retenção de urina no phlegmão não urinario.

E' necessario dizer-se que os doentes apresentam na infiltração de urina um cortejo de symptomas geraes formidaveis, que não tardam a trazer a morte no meio de um coma profundo.

O tratamento da infiltração urinaria é muito importante, e quando é bem feito pode salvar a vida do doente mesmo em um estado adeantado da molestia.

Elle é muito simples. Duas indicações capitaes o constituem: 1.º dar sahida a urina infiltrada, 2.º parar a marcha da infiltração.

A primeira é a que se impõe a principio, pratica-se immediatamente grandes e profundas incisões sobre todos os pontos que estão attingidos, afim de dar sahida ao pús, as partes esphaceladas e sobretudo a urina.

A segunda é satisfeita pela introducção de uma sonda que deve ficar permanente durante todo o tempo da molestia.

CAPITULO V

As fistulas urinarias

As fistulas urinarias podem ter por ponto de partida todo o apparelho urinario, porém só trataremos neste capitulo exclusivamente das fistulas da uretra em virtude de não divergirmos do nosso ponto.

As fistulas da uretra podem se abrir no recto, perineo, ou penis, donde a sua divisão em uretro-rectaes, uretro-perineaes e uretro-penianas.

As fistulas uretro-rectaes reconhecem quasi sempre por origem a abertura no recto de um abcesso da prostata.

Ellas se caracterisam pela sahida intermittente da urina pelo anus.

A situação dos doentes attingidos desta variedade de fistulas é das mais lamentaveis. A urina, passando constantemente pela mucosa rectal, acaba por determinar a producção de uma rectite tão dolorosa, que os doentes não podem mais trabalhar. A micção e a defecação tornam-se um verdadeiro supplicio. A cura destas fistulas é muito difficil. E' preciso sempre começar-se pelo emprego da cauterisação e da sonda de permanencia, mas assim mesmo os resultados falham, o avivamento dos bordos com sutura é quasi sempre impossivel no meio de tecidos densos como estes. Uma operação autoplastica terá mais probabilidade de cural-as e então procede-se da seguinte maneira:

O doente estando na posição da talha, deprime-se o mais que se póde a parede posterior do recto com um

especulo de Sims, de maneira a pôr-se á descoberto o orificio fistuloso. Destaca-se a mucosa rectal até dois centimetros acima da fistula. Depois sutura-se o retalho no labio inferior da fistula, de maneira que seu orificio fique bem coberto e tem-se o cuidado de deixar-se uma sonda de permanencia na uretra até dar-se a cura completa e tambem administra-se um preparado opiaceo para constipar-se o ventre do doente durante alguns dias.

Além desta, outras operações existem para a cura destas fistulas, porém são muito mais trabalhosas e não offerecem o resultado desta ultima, por isso deixamos de mencional-as e tratemos de outras variedades de fistulas.

As fistulas uretro-perineaes são de todas as fistulas urinarias as mais communs. Ellas são ligadas na maioria das vezes á existencia de um estreitamento e outras vezes se succedem a abcessos urinarios.

A primeira questão que se apresenta ao medico deante de um doente de fistulas do perineo, é saber se ellas são de origem rectal ou uretral.

O lugar que estes orificios occupam fornece sempre uma resposta immediata a esta questão. E' assim que se ellas acham-se situadas para deante da linha bi-ischiatica, o ponto de partida é uretral e se acham para traz desta linha o ponto é rectal.

O tratamento destas fistulas, deve ser dirigido, não só sobre ellas, mas principalmente sobre a lesão principal, isto é, o estreitamento.

Com isto é muito possivel que o endurecimento e os trajectos fistulosos desappareçam, desde que se restitua á uretra o seu calibre normal. Empregam-se, pois, as dilatações com as sondas de Guyon como se o estreitamento não fosse complicado de fistulas e se este tratamento por

si só não é sufficiente, pratica-se então a uretrotomia interna e depois então continua-se com as dilatações. Muitas vezes este tratamento por si só é bastante para curar estas fistulas e as callosidades que as cercam, vendo-se estas ultimas desapparecerem á medida que a uretra vae adquirindo seu calibre normal. Mas se o estreitamento é infranqueavel, a dilatação é impossivel, apezar das tentativas repetidas e finalmente a uretrotomia interna é impraticavel, recorre-se então á uretrotomia externa. Finalmente, aqui as indicações são as mesmas que já vimos a proposito dos estreitamentos infranqueaveis.

Passemos agora ao estudo das fistulas penianas.

Estas fistulas resultam de abcessos peri-uretraes, desenvolvidos no curso de blennorrhagias e abertos ao mesmo tempo na uretra e na pelle que reveste o penis.

Os estreitamentos penianos tambem dão origem a estas fistulas, porém muito raramente. Em vista da pouca expessura das paredes da uretra, estas fistulas são quasi sempre labiformes, seu orificio é em geral pequeno, muito estreito e só se o percebe exteriormente por causa da sahida da urina.

Assim constituida, esta affecção torna-se absolutamente incuravel pelos esforços da natureza, mas felizmente os seus inconvenientes são muito menores que os precedentes.

Quanto ao tratamento, elle é muito facil e consiste quasi que nas mesmas indicações anteriores.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

1.ª O tronco cœliaco é uma volumosa arteria que nasce da parte anterior da aorta um pouco abaixo das arterias diaphragmaticas inferiores.

2.ª Elle se dirige directamente para diante e depois de um trajecto de 10 a 15 millimetros se divide em tres ramos.

3.ª Estes tres ramos são a arteria coronaria stomachica, a hepatica e a splenica.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

1.ª O canal da uretra se compõe de uma parte anterior movel e de uma posterior fixa.

2.ª A parte fixa vai do collo da bexiga até adiante do pubis, onde o penis é fixo pelo ligamento suspensor.

3.ª A maior difficuldade do catheterismo consiste na passagem da uretra movel para a fixa.

HISTOLOGIA

1.ª O sangue e a lympha são os dois tecidos liquidos do organismo.

2.ª São tecidos formados de cellulas especiaes com uma substancia intra-cellular liquida.

3.ª O sangue é um dos mais importantes e frequentes sedimentos das urinas pathologicas.

BACTERIOLOGIA

1.ª O tetanos é produzido por um germen chamado bacillo de Nicolaier.

2.ª E' de todas as infecções uma das mais graves e perigosas.

3.ª Na opinião de alguns auctores este gérmen se não elaborasse toxinas seria muito benigno.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

1.ª Chama-se tumores massas constituidas por um tecido de nova formação com tendencias a crescer e persistir indefinidamente.

2.º Clinicamente os tumores dividem-se em malignos e benignos.

3.ª A melhor classificação até hoje admittida é a de Cornil e Ranvier.

PHYSIOLOGIA

A respiração é o acto physiologico pelo qual absorvemos o oxygenio da atmosphera e eliminamos gaz carbonico e vapor d'agua.

2.ª A respiração comprehende dois tempos a inspiração e a expiração.

3.ª Durante a respiração o sangue venoso nos pulmões soffre a hematose, isto é, transforma-se em sangue arterial pela oxydação.

THERAPEUTICA

1.ª A anesthesia local é um util auxiliar da cirurgia das vias urinarias.

2.ª De todos os anesthesicos o mais geralmente empregado é a cocaina.

3.ª Obtemol-a por meio de injecções e instillações.

HYGIENE

1.ª A degeneração physica e psychica, ou uma e outra ao mesmo tempo, é commum no producto das uniões consanguineas.

2.ª Embalde os consanguinistas tentam provar o contrario.

3.ª Os casamentos consanguineos são reprovados pelos medicos.

MEDICINA LEGAL

1.ª A ausencia do hymen não é incompativel com a virgindade da mulher.

2.ª O defloramento nem sempre acarreta ruptura d'esta membrana.

3.ª A integridade do hymen não exclue a integridade do coito.

PATHOLOGIA CIRURGICA

1.ª O choque traumatico é frequentemente observado após os grandes traumatismos.

2.ª Actualmente o choque constitue uma contra indicação para as operações.

3.ª Ha todavia casos em que o cirurgião não pode deixar de intervir.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

1.ª A thoracentese é uma pequena operação mais familiar aos medicos do que aos cirurgiões.

2.ª Esta operação tem por fim fazer evacuar os liquidos contidos na cavidade pleural.

3.ª O lugar de eleição da puncção aspiradora, tanto a direita quanto a esquerda, é o meio do 7.º ou 8.º espaço intercostal sobre o trajecto da linha axillar.

CLINICA CIRURGICA

(1.ª CADEIRA)

1.ª A causa mais frequente dos estreitamentos da uretra é a blennorrhagia.

2.ª O melhor tratamento até hoje conhecido é a dilatação gradual e progressiva.

3.ª Em muitos casos porém, é necessario e indispensavel praticar-se a urethrotomia.

CLINICA CIRURGICA

(2.ª CADEIRA)

1.ª As gangrenas dependentes de uma perturbação da influencia nervosa chamam-se neuropathicas.

2.ª A gangrena symetrica das extremidades é uma gangrena de causa nervosa

3. Esta especie de gangrena é muito rara.

PATHOLOGIA MEDICA

1.ª A hypoemia intertropical, conhecida desde o seculo atrasado, com diversos nomes (opilação, cansaço, chloro-anemia, chlorose do Egypto, cachexia africana, etc.) é molestia dos paizes intertropicaes, caracterisada por um conjuncto de symptomas, que dão ao doente uma physionomia especial.

2.ª Esta molestia, quasi que exclusiva daquelles para

quem a fortuna tem sido escassa, é de natureza parasitaria, sendo por ella responsavel o dochmias ankilostoma.

3.ª O tratamento é prophylactico e curativo; o primeiro consiste na observancia de preceitos hygienicos relativos a alimentação, a habitação, etc.; o segundo no emprego dos anthelminticos, dos drasticos, principalmente o leite de gamelleira (*ficus doliaria*) que tem dado muito bom resultado.

CLINICA PROPEDEUTICA

1.ª Dá-se o nome de percussão ao processo de exploração clinica fundado na producção de sons, mediante o choque nas paredes das cavidades esplanchnicas, com o fim de apreciar a topographia dos orgãos, conteúdos destas, e as variações na constituição physica dos mesmos orgãos.

2.ª A percussão ou é immediata, isto é, directa ou mediata, por outra, indirecta.

3.ª A mediata ou indirecta comprehende duas variedades: a digital e a plessimetrica; a ultima das quaes subdivide-se em percussão dactylo-plessimetrica e percussão armada.

CLINICA MEDICA
(1.ª CADEIRA)

1.ª O beriberi é uma polynevrite de natureza infecciosa.

2.ª A remoção do doente, para fóra do fóco de infecção, é da maior efficacia relativamente a cura.

3.ª São frequentes os casos de reincidencia, com a volta do individuo, depois de curado, ao lugar onde contrahiu a molestia.

CLINICA MEDICA

(2.ª CADEIRA)

1.ª A alteração atheromatosa das arterias é mais frequente na velhice.

2.ª As causas pathologicas da arterio-sclerose são umas diathesicas, outras infecciosas, em maior numero de origem toxica.

3.ª Ha ainda a tendencia hereditaria que apresentam muitas familias para a atheromasia vascular e suas consequencias.

MATERIA MEDICA PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

1.ª A arte de formular se occupa das regras que devem presidir a redacção das prescripções medicas.

2.ª Este conjuncto de medidas se applica principalmente as formulas chamados magistraes.

3.ª As formulas se compõem de substancias activas, adjuvantes, vehiculos, e correctivos.

HISTORIA NATURAL MEDICA

1.ª Nas partes verdes dos vegetaes e principalmente nas folhas passa-se a funcção chlorophiliana.

2.ª Esta funcção que se dá sob a influencia da luz solar, consiste em absorpção de gaz carbonico e decomposição deste gaz em carbono que é fixado e oxygenio que se desprende.

3.ª Em virtude desta funcção os vegetaes representam o papel de purificadores da atmosphera que ficaria sobrecarregada deste gaz pela respiração dos animaes.

CHIMICA MEDICA

1.ª O permanganato de potassio que tem por formula K Mn O 4, é um corpo solido que crystallisa em agulhas quasi pretas e de reflexos metallicos.

2.ª E' empregado em medicina principalmente como desinfectante e antiseptico, em virtude de sua grande energia oxydante, que modifica profundamente as materias organicas.

3.ª Em cirurgia urinaria o seu emprego, em solução fraca, é aconselhado por muitos medicos, como especifico no tratamento das uretrites blennorrhagicas agudas.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

1.ª O fibroma uterino simula uma gravidez.

2.ª Este neoplasma é muito frequente entre nós nas mulheres de mais de 35 annos.

3.ª Póde existir ao lado da prenhez, tornando entretanto muito difficil o parto.

OBSTETRICIA

1.ª As hemorrhagias ligadas á inserção da placenta no collo do utero são inevitaveis durante o trabalho do parto.

2.ª O tamponamento da vagina tem indicação typica nas hemorrhagias por inserção viciosa da placenta.

3.ª Nas hemorrhagias post-partum produzidas por inercia uterina, tem indicação o centeio e seus preparados.

CLINICA PEDIATRICA

1.ª Na incontinencia infantil não existe tensão material dos orgãos genito-urinarios.

2.ª Parece estar ligada a uma affecção do systema nervoso.

3.ª A electrisação directa da parte membranosa da uretra é o tratamento que melhor resultado tem dado.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

1.ª No adulto a conjunctivite purulenta resulta do contacto accidental do pús blennorrhagico com a mucosa conjunctival.

2.ª Em quasi todos os casos a molestia desenvolvida primitivamente em um dos olhos, se inocula mais tarde no outro.

3.ª O tratamento pelo nitrato de prata, em lapis ou em solução, é o que tem dado os melhores resultados.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

1.ª A syphilis, qualquer que seja a sua fórma ou periodo em que se achar, deve ser tratada sériamente.

2.ª Abandonada á sua evolução propria, as suas tendencias naturaes, a syphilis é essencialmente fecunda.

3.ª A mortalidade assombrosa das creanças heredo-syphiliticas diminue extraordinariamente desde que seus progenitores se submettem a um tratamento rigoroso e prolongado.

CLINICA PSYCHIATRICA E DAS MOLESTIAS NERVOSAS

1.ª Aphasia é a perda da memoria dos signaes necessarios á expressão do pensamento pela palavra, pela escripta e pelos gestos.

2.ª A aphasia póde ser classificada em aphasia receptiva ou sensorial e aphasia motora, ou de transmissão.

3.ª O estado mental dos aphasicos varia conforme os casos.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 30 de Outubro de 1906.

O Secretario

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES